

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0890200108		
法人名	社会福祉法人 克信会		
事業所名	グループホーム ベんてん		
所在地	茨城県日立市東金沢町2-14-19		
自己評価作成日	平成28年9月9日	評価結果市町村受理日	平成29年1月12日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0890200108-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成28年10月20日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者の『笑顔と ところときめく 思い出づくり』をお手伝いさせていただきます。自宅と変わらないままの生活を送ってもらえるように支援させていただきます。
季節ごとのイベント(花見・花火・紅葉)など、四季を感じる事が出来る行事や、利用者が行きたいところ(温泉旅行・大相撲観戦)などの旅行などお手伝いさせていただきます。そのほかにも、旬な食べ物を中心とした食事など職員(家族)と共に楽しい思い出を作っていきます。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

開設4年目、既存の建物を利用したホームである。共有スペースにあまり余裕がない分、屋外で過ごす機会が多い。ホームを利用することでできなくなったという事がないよう、自宅での生活が継続できるように力を入れている。テレビで相撲を見ながらでた「昔は両国で見ていたよな」のひとことから、相撲観戦が実現した。今後は、宿泊旅行にも積極的にやりたいと考えている。職員もいろいろなことに挑戦し自信につながっている。一人一人の思いに寄り添ったケアのために、センター方式を活用しながらその人の思いを引き出し、職員は認知症に関する勉強にも積極的に取り組み、専門性を発揮している。個別性を大切にされたケアの実践に繋がっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事務所に運営理念があり、職員の名札にも運営理念を書いてあり職員間で共有している。	ホームの理念は、オープン時にどんなホームにしたいか職員間で話し合っ決めて。地域密着型を意識しながら、できることはやってもらうというスタンスが基本。法人全体の理念についての勉強会を行っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の商店に利用者と一緒に買い物に行ったり、地域のお祭りなどに参加して地域との交流を行っている。	ホームの食材は地元の商店を利用し、地域との繋がりを大切にしている。スーパーへの買い物も利用者と共に行き、常に地域との交流を意識している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症の相談や、広報誌を発行し、活動内容を地域のお祭りなどで理解をしてもらっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2カ月に1回会議を行い、地域民生員や、地域包括に参加をしてもらっている。取り組みなどを話し合い、相談や意見を交わしている。	利用者と家族は順番制で出席。地域の情報は地域包括支援センターや民生委員からもらう。会議で出された意見で、家族との一泊旅行が実現した。更に、家族だけでなく他の利用者も一緒に行くのもいいのではないかの意見に発展している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議に参加をしてもらい、取り組みなどを伝えている。また、毎月介護相談員が来られ相談や意見を交わしている。	介護相談員が月1回来訪、市とのパイプ役になっている。利用者は、職員に話せないようなことも、時間をかけてじっくり聞いてもらえる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	委員会が主催する勉強会や、外部の研修に参加をして情報を共有し、職員が理解し取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会が設置されており、法人全体で勉強会を行っている。年1回の外部研修にも参加している。言葉の拘束についてはケースバイケース、その都度話し合いながら対応している。呼び名は馴染みのある呼び方にしている。玄関の鍵をなくし、ドアホンに変えた。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	勉強会や、外部の研修に参加し、身体的虐待や精神的虐待等の防止に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修参加し知識を養い活用できるように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の前に、重要事項の説明を行い、利用者や家族から不安や疑問を聞き理解をしてもらえるまで説明をして対応をしています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議の場や、面会時、意見や要望を聞いている。また、意見箱を設置しいつでも意見や要望を記入できるようにしている。	週1回は面会をお願いし、その際に洗濯ものを持ち帰ってもらう。そのため、家族の出入りは都合に合わせて夜間でもできるようになっている。利用開始時に説明して理解が得られているので問題はない。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員会議や半年に1回職員とカンファレンスを行い意見を聞く機会がある。	目標管理制度を取り入れている。管理者とフロアリーダーが評価する。資格取得のための金銭的補助を行い、全員の資質向上に努めている。法人内でのサークル活動、バレーボール大会、歓迎会、忘年会などでも職員間の交流を図っている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	目標管理や、自己評価を行い、職員の目標などを上司と話し合う機会がある。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	各職員の経験年数などにより研修や勉強会に参加できている。また職員の目標にしている研修などに参加できている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	研修や地域の会議などに参加し情報の交換などを行っている。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	気軽に話ができるように、コミュニケーションをとったり気軽に話せるような雰囲気づくりが出来るように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	最初の段階に家族要望などを聞き取り良好な関係を作れるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人や家族、または、利用していた介護支援専門員から話を聞きその時に合った支援が出来るように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族として、出来ることは、自分たちでやっていたい。出来ないことに対して支援を行う関係性を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時、電話の際に本人様子を伝えている。また、正月やお盆の際には、外泊や外出などの支援をお願いしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族の了承を得たうえで、近所の方や、馴染みの方が面会や一緒に外出できるように支援をしている。	会社勤め時代の部下や同僚が訪ねて来る。利用前に参加していた敬老会に家族が連れて行くこともあるなど、家族の協力を得ながら関係継続に努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が話しやすいように職員が間に入り話題を提供するように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も、面会したり、相談事があった場合連絡を取っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	アセスメント時、本人の要望を聞くようにしている。日々のかかわりのなかで発言や表情、行動などから意向や希望を把握するように努めている。	センター方式を活用している。新聞、特にお悔み欄や広告を見ながら地域の話題を見つけ、思いを語ったりする。何気ない一言をキャッチし、会議で共有する。また、方法を家族に返すことで、昔はこうだったなどの新たな情報を貰える。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	センター方式を活用し、本人や家族からの情報などで把握するように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	1日の行動や心身の状態を観察し、記録している、また職員同士情報を引継ぎ共有している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者に担当職員が付き、本人や家族の意向などを反映して担当者を中心に作成している。また職員会議などの際に意見の交換などを行っている。	初回のアセスメントから重要事項説明などの事務的なこともすべて担当職員が行う。家族との関係作りを意識して、初回からの関わりを持つことを、オープン当時から行っている。担当職員を中心として全員で検討された計画が作成されており、計画を基にした記録・モニタリングなど柔軟な対応がなされている。	引き続き、センター方式を活用したアセスメントで得られた情報から、それぞれに特化したニーズを把握し、プラン、実行と連動した働きかけを期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	気が付いたことなど記録に残し、担当者がサービス担当者会議などで情報を共有し介護計画の見直しを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	同一法人内の行事や、イベントなどに参加をしている。その都度柔軟に対応をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のお祭りや交流センターでの催し物などに参加をしている。また、地域のお店などに買い物に行き馴染みの関係性を築いている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	施設のかかりつけ医以外に、今まで受診していたかかりつけ医での受診をお願いしている。受診の際には、本人の様子などを記入した手紙などを渡し、共有している。	かかりつけ医への受診は家族が同行、救急搬送など緊急時のみ職員が対応する。月1回は内科医の診察、認知症専門医との連携もある。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師が居ないために、緊急時、家族に受診をお願いしている。ただし、法人内に看護師が居るので、相談にしたり助言をいただいたりしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際に、サマリーを作成し病院に情報の提供を行っている。また、入院中に面会に行き病院の看護師などに情報を提供していただいている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時に、重度化(看取り)が出来ないことを説明し理解をもらっている。その為に、入所時に特養の申し込みをお願いしている。また、重度化した場合特養と連絡を取って対応している。	契約時に説明。入浴の様子で、浴槽のまたぎができるかできないかがひとつの判断基準となっている。車いす使用のかたは特養へ、介護度の区分変更してから申し込む。家族の協力があるため、変化が見えやすい。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生時対応できるようにマニュアルがあり勉強会などを行い対応できるように努めている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防署立ち合いのもと総合防災訓練を行い指導や指摘していただいている。また、地域住民や特養の職員などにも参加してもらっている。	火災想定、利用者全員避難訓練を行う。出火元を特定した避難経路の確認や緊急通報システムの確認をする。消防署からは5分で消防車は到着できるので、一時避難して待つとのアドバイスをもらった。夜間は同一法人の特養の協力も得られる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	センター方式を使い、入所までの利用者の職歴や性格、生活環境を把握し一人ひとりに合わせて対応している。	利用開始から慣れるまで、入浴介助は同性介助を行っている。生活のあらゆる場面で自己決定を促す働きかけを行うことで人格の尊重につなげている。こまやかなアセスメントにより一人ひとりの個性を引き出す支援を心掛けている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	傾聴や受容することを心がけ本人の思いや困り事を把握し出来るように働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	業務優先にならないように一人ひとりの状態を把握し可能な限り、希望に沿って支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	季節に合った服などを本人に選んでもらっている。また散髪の希望があった際は、家族にお願いをしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	できるだけ好みに合った献立を考えている。一緒に買い物に行き、食事により季節感など、五感で感じてもらえるようにしている。また、準備から片付けまで手伝ってもらっている。	旬のものを取り入れた食事を中心に、2日おきに食材を買いに行く(調査当日はサンマ)。献立はその日ごとに考える。丼物の出前や丑の日はおはぎ、おはぎや団子を作る。芋の皮むきなど下ごしらえをしたり、煮つけの作り方を教えてもらう。食後には、後片付けを手伝う。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	1日の食事量や、水分量などを記録して把握している。不足している場合などは、本人が好むもの(ゼリー等)で対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後、声かけをしている。また誘導し、口腔内の状態の確認もしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄パターンを把握し、声掛けを行い、トイレで排泄できるように対応している。	できるだけ布パンツ使用で、自然な感じを保っている。声掛け・誘導が必要な方も、パットや紙パンツ使用の方もいる。リハビリパンツを使用するときは、家族を含めて話し合いを行う。排便に関しても、薬の服用など細かな調整を心掛けている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	乳製品や発酵食品などを摂取していただき、適度な運動や、水分不足にならないようにしている。また、下剤を使用する場合は、夜間に排便が出ないように調整している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	一人ひとりの希望の時間を聞き入浴できるように支援をしている。また、夜間浴出来るように対応している。	一番風呂や寝る前の入浴など希望に沿って対応している。夜間浴(19時から21時)でよく眠ることもわかり、職員の体制も考えながら希望に込えている。入浴が嫌いな方も、時間をおいたり職員を変えたりしながら最低限の清潔は保たれている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりのペースに合わせて支援している。また、夜間寝付けない場合など、温かい飲み物などを提供し、眠りにつながるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方箋は、常にわかるところにおいてある。処方変更があった場合は、職員間で把握し、記録に残し、次回の受診の際に医師情報提供をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	家事を中心にお手伝いをしてもらっている。また、利用者の望んでいることを極力出来るように支援をしている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	家族の協力を得ながら、外出や外泊をお願いしてもらっている。また、天気の良い日などは、散歩やドライブにいつでも行けるように支援している。	食材の買い出しでスーパーに出かけたり、日常的な外出の機会は多くある。施設内のスペースが狭い分、外で過ごす時間を多く持てる。特別な外出では、日帰り温泉で裸の付き合いができた。北海道や青森の実家に行きたいなどの声も聞かれている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	施設で管理をしているが、外出や本人が欲しいものがあつた場合、買い物に職員と一緒に行き財布を渡し支払いをお願いしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	施設の電話を使用し本人の希望時は、電話をしてもらっている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花などを活けてもらったり、季節に合った飾りなどで、季節感を出している。また、利用者に室温などを聞き調節している。	共有スペースは手すりの設置など、機能低下に備えた配慮がされている。ダイニングでは、厨房での様子が見え、嗅覚も刺激される。季節の花を生けたり、思い出の写真や利用者の作品が飾つてある。一日の時間を意識できるように、見やすい時計が掛けられてあり、カレンダーで月単位の予定もわかるよう工夫されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合った利用者同士が話しやすいように支援をしている。また自由に部屋に戻ったりもできるよう支援している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅に有つた馴染みの家具を家族に協力して持ってきていただいている(写真や仏壇)また、できるだけ本人が心地よく過ごせるように居室環境を整えている。	居室には洗面台が設置され、自分の部屋で静養ができる。使い慣れた電化製品など自由に持ち込んでいる。ミシンでポシェットを作つたり、すそ上げをしてくれる方がいる。また、夫が面会に来て、居室で昼寝をしていく様子も見られ、それぞれが自由に過ごしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室に写真付きの表札を付けたり、トイレなど絵文字などで表示している。出来ること、わかることに関しては、安全にできるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム ベんてん

目標達成計画

作成日: 平成29年1月11日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	利用者の何げない一言から本人の希望を反映した介護計画を作成しているが、希望を叶えるまでには、いたっていない。	家族や、施設(法人)などの理解や協力を得て利用者本人の希望を叶える事のできる環境をつくりを行う(支援をしていく)	本人の希望を家族に説明(理解)してもらい、家族と共に支援(負担)していく環境が作れるように努める。施設(法人)にも協力してもらうように努める。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。